

DES FIBROMES DES LIGAMENTS LARGES

— LEUR EXTIRPATION PAR VOIE PARAPÉRITONÉALE —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Juin 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALBERT JARRE

Né le 22 Mai 1869 à Saint-Genix-sur-Guiers (Savoie)

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1893

DES FIBROMES DES LIGAMENTS LARGES

— LEUR EXTIRPATION PAR VOIE PARAPÉRITONÉALE —

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Juin 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALBERT JARRE

Né le 22 Mai 1869 à Saint-Genix-sur-Guiers (Savoie)

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE LYON



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen.
GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.. . . .	{	MM. LÉPINE.
		BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{	OLLIER.
		PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.		PIERRET.
Physique médicale.		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.		HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.		LORTET.
Anatomie.		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.		RENAUT.
Physiologie.		MORAT.
Pathologie interne.		J. TEISSIER.
Pathologie externe.		BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MAYET.
Anatomie pathologique.		TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine opératoire.		X.
Médecine expérimentale et comparée.		ARLOING.
Médecine légale.		LACASSAGNE.
Hygiène.		ROLLET.
Thérapeutique.		SOULIER.
Pharmacie.		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. PERRET, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON, —
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. POLLOSSON.	MM. ROUX.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	ROCHET.	VIALLETON.
CONDAMIN	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
COURMONT.	LANNOIS.	ROLLET (ÉTIENNE)	BOUVEAULT,
DEROIDE.	LINOSSIER.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé.
DEVIC	PERRET.		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, Président; M. PONCET, Assesseur; MM. POLLOSSON et COURMONT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ADJOINT LAROYENNE

A M. AUGUSTE POLLOSSON

CHIRURGIEN-MAJOR DE LA CHARITÉ (DÉSIGNÉ)

AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE LYON

A M. J. AUDRY

MÉDECIN DES HOPITAUX

INTRODUCTION

Dans le travail que nous allons entreprendre, sur les fibromes des ligaments larges, nous n'avons pas la prétention de faire une étude complète de ces tumeurs : nous voulons simplement essayer de mettre en relief quelques points de leur histoire. Nous nous attacherons surtout à démontrer que la plupart de ces tumeurs prennent leur origine dans le ligament large lui-même, et que leur extraction est possible par la voie parapéritonéale. Notre tâche sera facilitée par les remarquables travaux allemands de Sängér et de Bilfinger, la thèse de Lassalle (Montpellier, 1891), inspirée par M. le professeur Tédénat, et l'intéressante communication que M. le professeur Gross, de la Faculté de Nancy, a faite sur ce sujet au Congrès français de chirurgie, en 1892, travaux auxquels nous ferons de larges emprunts.

C'est notre excellent maître, M. Auguste Pollosson, chirurgien en chef désigné de la Charité, dont nous avons eu l'honneur d'être le secrétaire, pendant trop peu de temps, hélas ! qui nous a inspiré notre thèse. Il nous a fourni une intéressante observation et nous a guidé dans l'étude que nous avons faite de la symptomatologie et du diagnostic, et surtout dans le chapitre du traitement. C'est sous son inspiration que nous avons essayé de décrire et de soutenir la voie parapéritonéale dans le traitement de ces tumeurs¹. C'est grâce à son extrême bienveillance que nous avons pu mener à bien notre travail. Nous sommes heureux d'avoir l'occasion de lui adresser nos bien sincères remerciements et l'expression de notre vive gratitude.

M. le professeur adjoint Laroyenne, dont nous avons apprécié les savantes leçons de clinique gynécologique pendant notre séjour dans son service, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Qu'il reçoive ici l'hommage de notre profonde reconnaissance.

M. le professeur Poncet, dans le service duquel nous avons eu le bonheur de débiter, M. Cordier, chirurgien-major de l'Antiquaille, qui a été si bienveillant à notre égard lorsque nous étions son externe, et surtout M. J. Audry, médecin des hôpitaux, qui, depuis le début

¹ M. Auguste Pollosson, *Communication à la Société médicale de Lyon*, 7 juin 1893.

de nos études médicales, n'a cessé de nous donner de nombreuses marques de bienveillance, ont droit aussi à notre reconnaissance.

Enfin, nous remercions nos excellents amis Collet, interne des hôpitaux, Guyot, Schrameck, Jacqueau et Vauthey, externes, qui, les premiers par leur connaissance approfondie de la langue allemande, les deux autres par les renseignements qu'ils nous ont transmis, ont beaucoup facilité notre modeste travail.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552603_0003

DES FIBROMES

DES LIGAMENTS LARGES

— LEUR EXTIRPATION PAR VOIE PARAPÉRITONEALE —

CHAPITRE PREMIER

**Anatomie du ligament large. Sa forme
Sa structure. Organes qui y sont contenus.**

Les ligaments larges se présentent sous l'aspect de deux lames membraneuses dirigées de dedans en dehors et d'avant en arrière des bords de la matrice aux parois de l'excavation pelvienne suivant une ligne qui, partant de l'utérus, aboutirait en dehors à la symphyse sacro-iliaque. Leur direction en hauteur est, comme celle de l'utérus, presque verticale sur le sujet debout ; dans le sens horizontal elle est transversale, mais un peu concave en avant. Leur forme quadrilatère, découpée sur les bords et parcourue par des replis saillants, les a fait comparer à une aile de chauve-souris.

Ils sont constitués par deux feuillets péritonéaux accolés, l'un antérieur ou plutôt antéro-externe, l'autre postérieur ou plus exactement postéro-interne. Ces feuillets n'ont

pas les mêmes dimensions : par suite de la réflexion du péritoine au niveau de l'isthme sur la face antérieure, alors qu'en arrière il se prolonge jusque sur le vagin, le feuillet qui est situé en avant descend moins bas que l'autre.

A sa partie supérieure, le ligament large présente une partie flottante qui comprend dans ses replis la trompe, l'ovaire et le ligament rond, en fournissant à ces organes des méso que l'on a appelés ailerons. L'aileron inférieur ou antérieur, peu marqué, souvent même nul, contient dans son dédoublement le ligament rond de l'utérus. L'aileron supérieur ou moyen, est cette mince lame triangulaire en sens transversal qui s'étend de l'ovaire à la trompe pour envelopper celle-ci ; sa base est externe et libre, occupée par le ligament tubo-ovarien et la frange ovariique : on l'appelle plus souvent aujourd'hui le méso-salpinx. Enfin l'aileron postérieur, très court, entoure le ligament de l'ovaire et le pédicule vasculaire de la glande ; mais il ne couvre pas la glande même dont l'épithélium extérieur est différent ; un liseré blanc et denté marque nettement la distinction des deux revêtements. Par conséquent l'ovaire n'a pas d'enveloppe péritonéale et sur son bord adhérent, comme sur le bord du pavillon, il y a contiguité de deux épithéliums très différents, un séreux et un muqueux.

Au point de vue purement descriptif, le ligament large présente à étudier un bord supérieur libre, ou sommet, un bord interne, un bord externe, une face antéro-externe, une face postéro-interne et une base.

Le bord supérieur correspond à l'angle que forment en se réunissant l'aileron de la trompe et celui de l'ovaire.

Le bord interne se fixe aux lèvres correspondantes du

bord utérin : l'un des feuillets passe sur la face antérieure, l'autre sur la face postérieure du viscère. Il s'évase pour laisser passer les vaisseaux, car c'est au niveau de ce bord interne qu'émergent les grosses veines qui reviennent de l'utérus et tout le réseau lymphatique de celui-ci.

Le bord externe est également dédoublé dans sa partie inférieure : appliqué contre la paroi du bassin que couvre l'aponévrose de l'obturateur, il livre passage aux ligaments ronds et aux vaisseaux utérins, mais en haut c'est un repli libre tendu entre le pavillon et l'extrémité externe de l'ovaire. Il se continue en avant et en arrière avec le péritoine qui revêt le bassin.

Les faces antéro-externe et postéro-interne sont constituées par le péritoine qui est remarquable par sa résistance en ce point. La séreuse n'est pas là, en effet, une lame mince comme sur les viscères qu'elle enveloppe, c'est une membrane résistante, en d'autres termes, le péritoine pariétal. Dans sa portion inférieure, au-dessous du point où le feuillet péritonéal se réfléchit à la vessie, la face antéro-externe du ligament large est formée par le *fascia propria* ; c'est une couche de tissu cellulaire qui, du péritoine qu'elle double, descend dans l'excavation en se renforçant de fibres conjonctives au point de devenir une véritable aponévrose ; elle s'unit intimement au *fascia pelvia*, ou aponévrose périnéale supérieure, et par suite complète d'une façon absolue la partie antéro-externe du ligament.

Le feuillet péritonéal qui forme la paroi postéro-externe, ne va pas en se repliant s'appliquer sur le rectum directement : il enveloppe auparavant les ligaments utéro-sacrés.

La base est constituée par l'aponévrose périnéale supérieure. Cette aponévrose à la formation de laquelle concourent plusieurs aponévroses particulières est formée, dans la région qui nous occupe, par le feuillet supérieur du muscle releveur de l'anus. C'est dans l'épaisseur de ce feuillet que se trouvent l'uretère, les gros vaisseaux et leur gaine fibreuse. Autour du tractus vasculaire on rencontre du tissu adipeux et une couche cellulaire continue avec celle qui entoure le col de l'utérus.

Tels que nous venons de les décrire, les ligaments larges, constitués par le péritoine, limitent dans leur intérieur une cavité prismatique triangulaire très aplatie, remplie par une atmosphère cellulo-adipeuse mêlée de fibres musculaires et traversée par les paquets vasculo-nerveux.

Le péritoine, très mince dans le mésosalpinx est, au contraire, très épais dans les faces antéro-externe et postéro-interne que nous avons décrites plus haut. Conformé sur le type pariétal, il est doublé d'une membrane fibreuse fenêtrée à faisceaux connectifs très épais et très résistants (Renaut). Cette membrane peut, à la rigueur, se disséquer. La direction générale des fibres est transversale de l'utérus au bassin : c'est un plan de soutien qui a pour but d'assurer la rigidité de la séreuse, et l'empêche de s'affaisser sous le poids des organes qu'elle porte ; il lui permet de résister à une pression de deux atmosphères entre ses lames.

Tandis qu'en bas le péritoine a une doublure fibreuse, en haut, c'est une doublure musculaire de fibres lisses qui s'applique en mince feuillet sur sa face profonde et lui adhère intimement. On ne voit bien ces lames rougeâtres que chez les grands mammifères ou bien chez la femme

pendant la grossesse. Luschka les a trouvées hypertrophiées dans le cas où le ligament avait à supporter un effort anormal, comme dans le prolapsus utérin. En dehors de ces conditions, elles ne sont reconnaissables que sur la base de l'aileron supérieur, autour de la trompe et de ses vaisseaux, dans le pédicule de l'ovaire et tout le long du bord utérin où elles semblent une émanation membraneuse des fibres superficielles de l'organe, comme les formes plus compactes des ligaments rond, ovarien et utéro-sacré.

Outre la membrane fibreuse et les fibres musculaires lisses de Rouget qui forment avec le péritoine les parois et, pour ainsi dire, la carcasse du ligament large, celui-ci renferme du tissu conjonctif en assez grande abondance. Ce tissu conjonctif se présente sous deux formes : le tissu cellulaire sous-péritonéal, lâche, extensible, organe de glissement ; le tissu fibreux, organe de soutien pour les vaisseaux, tissu dense, résistant, assimilable à une aponévrose. Le tissu cellulaire ne forme qu'une lame d'une minceur extrême au niveau du mésosalpinx, s'épaissit à mesure qu'on descend et devient abondant à la base du ligament où il est toujours infiltré de graisse, même chez les enfants et les sujets amaigris.

Sans vouloir rappeler ici l'opinion de Cruveilhier qui attribuait à l'aponévrose périnéale supérieure la plus large part de la formation de cette trame celluleuse ou fibreuse, ni discuter celle de Guérin qui affirmait « que ce tissu cellulaire est renfermé dans une petite cavité hermétiquement close », nous pouvons déclarer, d'après les travaux les plus récents publiés à ce sujet, que ce tissu conjonctif n'est pas isolé ; bien que limité en dedans par

le corps de l'utérus, en haut par l'aileron supérieur, en bas par le releveur de l'anüs doublé de l'aponévrose périméale supérieure, ici très épaisse, il communique par plusieurs points avec le tissu cellulaire des régions voisines. En effet, si, comme l'a fait M. Charpy, on pousse une injection dans la cavité intra-ligamenteuse, on obtient un prolongement entre le vagin et la vessie; entre le vagin et le rectum, le long du vagin contre le cul-de-sac latéral et, surtout en dehors, l'injection s'étale en éventail dans le grand bassin et se dirige au milieu vers les vaisseaux iliaques externes et le muscle psoas, en arrière le long de la colonne lombaire, jusqu'à l'atmosphère celluleuse du rein, et en bas enfin, vers l'arcade crurale.

Ainsi constitué, le ligament large renferme un certain nombre d'organes importants : on y rencontre plusieurs artères, branches de l'hypogastrique, les veines de l'utérus auxquelles aboutissent quelques-uns des troncs de la vessie et du vagin, les nerfs qui se rendent à l'utérus et à ses annexes, des lymphatiques très nombreux dans cette région et enfin une certaine portion du trajet de l'uretère.

Les branches de terminaison de l'artère hypogastrique abordent le ligament large par son bord externe, c'est-à-dire au-devant de la symphyse sacro-iliaque; elles se distribuent indistinctement et irrégulièrement dans son épaisseur pour ensuite se rendre à leurs organes respectifs. Toutes ces branches à leur naissance sont donc comprises dans le ligament large.

Les *veines utérines* situées d'abord dans l'épaisseur des parois de la matrice, se rapprochent graduellement de leur surface externe, apparaissent sous le péritoine, et se

réunissent ensuite sur le bord de l'organe pour former une sorte de cordon plexueux. De ces plexus situés à droite et à gauche du corps de l'utérus partent :

1° Au niveau de la partie moyenne deux veines principales qui longent à leur origine le bord postérieur de l'artère utérine, et se portent directement d'avant en arrière et de dedans en dehors, pour se terminer dans la veine hypogastrique.

2° Au niveau de la partie supérieure plusieurs branches qui se réunissent à d'autres branches plus petites émanées de la trompe de Fallope et de l'ovaire pour former les veines utéro-ovariennes ou plexus pampiniforme. Ce paquet vasculaire volumineux longe le bord supérieur du ligament large et se dirige obliquement en arrière et en dehors pour s'ouvrir celui du côté droit dans la veine cave ascendante, celui du côté gauche dans la veine rénale.

Les veines vaginales qui ne traversent le ligament large au voisinage de sa base que dans leur moitié postérieure offrent une direction à peu près semblable à celle de l'artère vaginale, c'est-à-dire antéro postérieure.

Les veines vésicales enfin, communiquent en bas avec le plexus vaginal et en arrière avec le plexus utérin, avec lequel elles se rendent au tronc hypogastrique.

Nous ne décrirons ni le nerf sciatique ni le tronc lombosacré qui ne font que côtoyer le ligament large et cela sur un très court parcours. Le *nerf obturateur* est le seul tronc nerveux qui pénètre véritablement dans l'intérieur de la trame du ligament.

Mais ce ligament large renferme en outre un certain nombre de rameaux nerveux provenant du plexus hypogastrique, ovarique et lombo-aortique et qui se rendent

sans suivre un trajet bien régulier, à l'utérus et à ses annexes.

Nous passerons sous silence les lymphatiques dont l'importance est grande surtout au point de vue de la pathogénie des inflammations péri-utérines, pour arriver à l'uretère qui est de beaucoup le plus important des organes contenus dans le ligament large.

Au moment où l'uretère va s'engager dans le ligament large, il contracte des rapports étroits avec la terminaison des artères et veines hypogastriques. Mais tandis que ces vaisseaux sont profonds, collés immobiles à la paroi pelvienne, l'uretère est mobile, superficiel, glissant sur eux avec le péritoine auquel il n'adhère même que faiblement. Quand l'uretère quitte la paroi pelvienne pour se diriger en dedans vers la vessie, il a une direction oblique et décrit un coude assez marqué. On ne peut pas donner une meilleure idée de ce trajet de l'uretère, qu'en le comparant au coude décrit par l'artère utérine, qui plonge d'abord en descendant, puis remonte en se dirigeant vers la ligne médiane : seulement, pour l'uretère, cette courbe est toujours moins prononcée.

A partir du moment où il s'infléchit en avant, comme nous venons de le voir, l'uretère chemine transversalement dans l'intérieur du ligament large. Il est situé au voisinage de la base de ce ligament. Dans cette courte portion de son trajet, il est en rapport directement avec l'artère utérine, puis avec l'utérus et aussi avec les culs-de-sac vaginaux. « Dans son ensemble, dit M. Jaboulay, l'uretère pelvien, oblique en bas, en dedans et en avant, s'entrecroise avec l'artère utérine d'avant en arrière et transversalement, à la façon des deux branches d'un X

dont l'une représentée par l'uretère serait interne et sus-jacente en arrière et deviendrait externe et sous-jacente en avant après avoir croisé la face inférieure de l'autre qui serait l'artère. Le point d'entre-croisement est placé vers la partie antérieure du bord inférieur du ligament large, à 2 centimètres des côtés de l'utérus, immédiatement en dehors et au-dessous de l'artère utérine. »

Les veines qui émanent du bord utérin, se trouvant en arrière et sur le même plan que l'uretère, il s'ensuit que ce dernier est entouré de toutes parts par des vaisseaux : artères, veines et uretère ne forment qu'un seul paquet dans cette région.

Ainsi logé dans l'épaisseur du *fascia pelvia*, l'uretère poursuit sa direction de dehors en dedans, et d'arrière en avant, en se rapprochant du col de l'utérus, dont il est toujours séparé, d'après M. Ricard, de 1 centimètre et demi environ. Dans cette partie de son trajet, l'uretère chemine tout au contact de la paroi du cul-de-sac latéral du vagin.

D'après les descriptions qui précèdent, il ressort que les ligaments larges ont un double rôle. Non seulement ils servent à fixer et à maintenir l'utérus dans l'excavation pelvienne, mais encore ils constituent un lien de passage où vaisseaux, nerfs, uretères échappent aux causes de compression multiples dont ils pourraient être l'objet de la part des organes contenus dans cette région. Ce sont donc tout à la fois des appareils de fixité et des appareils de protection, de soutien.

Nous en avons fini avec l'étude anatomique du ligament large. Après cette description détaillée, les particularités

que nous voulons mettre en relief, et qui nous intéressent au point de vue chirurgical sont les suivantes :

1° L'existence de fibres musculaires lisses abondantes aux dépens desquelles peuvent se développer des fibromyomes.

2° L'existence d'un plexus veineux abondant que nous pourrions voir se développer d'une manière considérable sous des influences pathologiques et qui souvent dans les cas de fibro-myômes atteignent une importance assez grande.

3° La présence de l'uretère à la base du ligament large, situation qui permettra aux productions pathologiques de se développer au-dessus de lui, et de le refouler par conséquent plus profondément.

4° La continuité du tissu cellulaire du ligament large avec le tissu cellulaire sous-péritonéal qui l'avoisine, disposition qui permettra d'aborder, en décollant le péritoine, les ligaments larges eux-mêmes.

5° Le décollement et l'écartement possible des deux feuillets du ligament large nous est démontré par l'anatomie expérimentale (injection interstitielle); elle est établie mieux encore par la pathologie, puisque cet écartement peut être obtenu, soit par des inflammations, soit par des épanchements de sang, soit encore par des fibromes.

6° Le plan fibreux du ligament large conduit les collections inflammatoires ou hématiques, soit en avant, soit en arrière. Il est possible qu'il ait la même influence sur les fibromes développés primitivement en avant ou en arrière de lui.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique des fibromes des ligaments larges.

Toutes les fois que des fibro-myomes interstitiels développent les parties latérales du corps utérin, ou la partie supra-vaginale du col, les feuillets du ligament large s'écartent, et l'utérus myomateux se développe plus ou moins dans la partie interne du ligament large. On peut voir grossir de la sorte des masses myomateuses qui restent adhérentes à l'utérus par une large base d'implantation. Cette forme anatomo-pathologique des fibromes utérines peut à la rigueur porter le nom de corps fibreux intra-ligamentaire.

Il existe dans le ligament large des tumeurs fibromyomateuses très différentes au point de vue anatomo-pathologique, et même, nous espérons le montrer, au point de vue clinique. Ce nouveau groupe est caractérisé par ce fait qu'au moment où on les observe elles sont indépendantes de l'utérus et n'ont plus avec lui que des rapports de

contiguïté. Ces fibromes sont placés dans le ligament large et sont trouvés indépendants de l'utérus, soit qu'on les observe avec un volume relativement petit, soit qu'ils aient subi un accroissement considérable. Ils ont été constatés dans les opérations, ou encore à l'amphithéâtre. Leur indépendance est leur caractère. On a fait au sujet de leur origine deux hypothèses : d'après l'une, ils seraient primitivement développés dans l'utérus, puis pédiculisés du côté du ligament large, puis indépendants par amincissement et disparition de leur pédicule. D'après l'autre hypothèse, c'est dans des masses musculaires du ligament large qu'ils prendraient naissance, et ils n'auraient à aucune période une connexion quelconque avec l'utérus. Ces hypothèses de pathogénie peuvent prêter à discussion, mais quelle que soit la solution, il n'en est pas moins vrai qu'il existe des fibromes indépendants qui mériteraient le nom de fibromes proprement dits des ligaments larges ; c'est cette dernière forme surtout que nous aurons en vue dans notre travail.

Nous n'insisterons pas longuement sur la structure des fibromes du ligament large qui est analogue à celle des fibromes de l'utérus. Comme ces derniers, en effet, les fibromes du ligament large se présentent sous la forme de masses blanc jaunâtre, dures et élastiques, pouvant avoir toutes les configurations possibles. Comme celui des fibromes utérins, leur tissu blanchâtre à l'intérieur, homogène, lardacé, crie à la coupe et semble constitué par des fibres irrégulièrement entre-croisées ou disposées en couches concentriques. Comme eux ils sont composés, dans ou des rapports variant à l'infini, de fibres du tissu conjonctif et de fibres musculaires lisses, très rarement des unes

ou des autres seulement, et devraient être appelés d'une manière plus générale fibro-myômes. Comme eux enfin, ils peuvent subir une série de transformations capables de modifier leurs caractères cliniques. A côté des tumeurs rencontrées dans le ligament large par Hecker, par Biefinger, par Buschmann, par Rydygier, par Schroeder, par Gross, tumeurs uniquement composées de tissu fibreux et musculaire, Schmid cite l'observation d'un fibro-sarcome Säger, Tédénat et M. le professeur Gayet ont opéré des myômes et des fibro-myômes kystiques ; Schetelig enfin, a enlevé un cysto-myôme télangiectode caverneux. Nous verrons l'importance de ces transformations au point de vue clinique, lorsque nous parlerons du diagnostic et du traitement de ces tumeurs. Nous allons pour le moment nous occuper de leur origine primitive.

M. le professeur Gross, de la Faculté de Nancy, déclarait en 1892, au Congrès français de chirurgie, que « le mode d'origine des fibromes du ligament large est encore imparfaitement connu. Leur point de départ, dit-il, a été pendant longtemps, et est souvent encore rapporté à l'utérus ». On comprend en effet facilement qu'un fibro-myôme, développé sur un des bords de l'utérus, pénètre en s'accroissant entre les feuillets du ligament large correspondant et forme un corps fibreux intra-ligamentaire. Ces cas ne sont certainement pas rares, et, pour n'en citer qu'un exemple, M. Audry a publié en 1890 une observation d'un fibrome de 15 kilogrammes développé dans le ligament large, et rattaché à l'utérus par un pédicule assez mince qui a été opéré par M. le professeur Laroyenne. Mais ce dont nous sommes convaincu, et cela d'après l'opinion soutenue en Allemagne par Säger et

Bilfinger, et en France surtout par le professeur Gross, c'est que la plupart des tumeurs fibreuses ou fibromyomateuses que l'on rencontre à l'intérieur du ligament large se sont développées dans la trame elle-même de ce ligament, et sont absolument indépendantes de l'utérus et des ovaires.

En 1849, Kiwisch avait déjà avancé que de petites tumeurs fibreuses pouvaient se développer directement à l'intérieur des ligaments larges, mais toutes les fois qu'il avait affaire à des fibroïdes volumineux, il les considérait comme de provenance utérine et en communication avec la matrice par un pédicule relativement mince. Il comparait leur disposition à celles des fibromes utérins sous-péritonéaux et pénétrant dans la cavité abdominale.

Scanzoni, qui attribue la même origine que Kiwisch aux gros fibromes du ligament large, avait également remarqué à l'intérieur de ce ligament de petites tumeurs de nature fibreuse de la grosseur d'un pois ou d'une cerise, sans connexion visible avec l'utérus : il les a décrites comme des reliquats d'hématomes.

Klob les prit pour des phébolithes, « si toutefois, dit-il, il peut y avoir confusion entre ces derniers et les petits fibroïdes ».

Grohe et Klebs émirent l'hypothèse qu'il s'agissait de productions néoplasiques ayant pris naissance dans un fragment de tissu ovarien éloigné de l'ovaire, véritable ovaire accessoire résultant d'une anomalie dans le développement de l'organe.

Il a fallu toute l'autorité de Virchow pour faire admettre que ces productions pouvaient être des fibromes proprement dits. Parlant des fibromes du ligament large, il

écrit « qu'il a trouvé un fibro-myôme de structure caractéristique et de la grosseur d'un haricot, dans un ligament large, immédiatement au-dessous du ligament ovarien, à une grande distance de l'utérus et de l'ovaire ».

Mais il n'émet aucune opinion personnelle au sujet de l'origine primitive de ces petites tumeurs.

Cette origine pourtant s'explique aisément si l'on se rappelle la structure du ligament large. Il est évident, en effet, qu'un fibrome ou qu'un fibro-myôme ne pourra se développer dans sa trame que s'il existe dans la constitution de cette dernière du tissu fibreux et du tissu musculaire.

Or, dès 1855, Rouget, dans sa thèse, décrivait des appareils érectiles tout autour du col utérin et dans le ligament large au-dessus de l'ovaire. Ces appareils ne sont autre chose que des fibres musculaires lisses au milieu desquelles la circulation capillaire ne se fait pas par des capillaires ordinaires, mais par des sinus caverneux.

Klebs indique aussi la présence dans le ligament large de fibres musculaires lisses présentant un plus ou moins grand développement. Il les considère avec Rouget comme ayant une influence considérable pour la fixation de l'utérus et l'écoulement des menstrues. « Au moment de la grossesse, dit-il, ils augmentent en même temps que l'utérus pour le soutenir, aussi leurs altérations sont la première cause des changements de position de l'utérus. »

Henle et Luschka enfin prétendent que les fibres musculaires du ligament large sont des prolongements des fibres de l'utérus. « Outre de nombreux vaisseaux sanguins, dit Luschka, la partie inférieure des ligaments larges contient des fibres musculaires qui, émergeant de la

couche supérieure de l'utérus, se rendent en rayonnant entre les deux feuillets du ligament. Pendant la grossesse, et par suite aussi d'autres circonstances, elles acquièrent une dimension dépassant de beaucoup leur volume normal. Je les trouvais, ajoute-t-il, surtout très développées dans des cas où les ligaments eurent à subir des tiraillements énergiques et prolongés, et notamment dans un cas de prolapsus utérin de date ancienne. »

Les auteurs les plus récents, nous l'avons vu dans le chapitre précédent, admettent, avec les anatomistes que nous venons de citer, l'existence à l'état normal de fibres musculaires à l'intérieur du ligament large.

D'autres preuves importantes non seulement de l'existence de couches de fibres musculaires lisses plus ou ou moins développées dans l'intérieur du ligament large, mais encore et surtout de leur participation à des tumeurs, nous sont fournies par les kystes du ligament large :

Spiegelberg et Lawson-Tait ont trouvé la paroi de quelques kystes du ligament large composée de trois couches dont l'externe formait une membrane musculaire spéciale. « Cette couche extérieure, dit Spiegelberg, correspond évidemment au ligament large qui, comme on le sait, possède à l'état normal des fibres musculaires lisses. » Et même, dans un cas de kyste parovarien, on trouva, d'après Klebs, des endroits où l'on pouvait reconnaître déjà microscopiquement d'épaisses couches de fibres musculaires lisses, présentant jusqu'à 2 et 3 millimètres d'épaisseur, et situées sous la séreuse péritonéale.

Et si l'on songe d'une part à l'influence considérable, démontrée par Hofmeier, qu'a l'apport sanguin dans le

développement des fibromes, et d'autre part à la quantité de vaisseaux venant non seulement de l'utérus et de ses annexes, mais encore des organes voisins, et contenus dans le ligament large, qu'y a-t-il de surprenant de rencontrer dans l'intérieur de ce ligament des fibromes autochtones souvent volumineux ?

Nous pensons donc, avec Säger, « qu'en s'appuyant sur ces données anatomiques et anatomo-pathologiques, il est beaucoup plus logique de penser que ces tumeurs fibreuses et fibro-myomateuses prennent leur origine primitive dans le ligament large, que de prétendre qu'un pédicule ait primitivement existé et ait disparu par des torsions et des tiraillements répétés, après avoir subi un allongement exagéré. » Le pédicule, s'il avait existé, n'aurait pu diminuer, mais au contraire, n'aurait fait qu'augmenter en même temps que la tumeur. De plus, des déplacements, comme peuvent en subir des fibromes libres dans la cavité abdominale, ne peuvent se produire pour des fibromes intra-ligamenteux. Le ligament large, étroit et comme soufflé par la tumeur, ne peut cependant pas se comparer à la cavité abdominale beaucoup plus vaste ; il envelopperait étroitement le pédicule d'un fibrome utérin intra-ligamenteux et le préserverait ainsi de l'extension et du déchirement. Une séparation du pédicule par torsion répétée, est mécaniquement impossible de la part du ligament large ; elle serait tout au plus possible en supposant soit une tumeur petite et très mobile, soit encore une très longue extension du ligament large lui-même avec torsion suivant son axe, ce qui ne pourrait se produire qu'en amenant les troubles circulatoires les plus graves.

N'est-il pas plus logique de penser que ces tumeurs se développent aux dépens des fibres musculaires du ligament large que de les faire provenir soit de l'ovaire, soit de quelque ovaire accessoire comme Grohe et Klebs l'ont supposé, soit enfin du parovaire comme le veut Mikulicz. Dans la plupart des cas on a en effet rencontré les ovaires normaux ou dégénérés ; de plus les tumeurs fibreuses ovariennes, nous dit Virchow, ne renferment qu'rarement des fibres musculaires apparentes et parfaites ; Spiegelberg et Léopold affirment même n'en avoir jamais rencontré ; enfin la structure du parovaire rend difficilement compte du développement d'un fibro-myôme à ses dépens, et dans l'observation de Bilfinger, le parovaire a été trouvé intact à côté du fibro-myôme ligamentaire.

Et s'il peut y avoir doute sur l'origine primitive d'un fibrome du ligament large juxta-utérin, ou de fibro-myômes intra-ligamentaires multiples qui entourent l'utérus parfois lui-même dégénéré, comment expliquer la formation de tumeurs abdominales absolument indépendantes de l'utérus et de l'ovaire, et reliées seulement au ligament large par un pédicule souvent étroit, comme en font foi les observations de Mikulicz, de Sängér, de Bilfinger et du professeur Gross, si l'on n'admet pas la formation primitive de ces tumeurs à l'intérieur du ligament lui-même ?

Par suite de toutes ces considérations sur lesquelles nous avons tenu à insister longuement, nous pensons pouvoir conclure, que, sans nier que des fibromes utérins puissent se développer dans le ligament large, toutes les fois qu'on ne trouvera pas un pédicule reliant l'utérus à la tumeur, on sera bien forcé d'admettre que le fibrome se

sera primitivement développé aux dépens du ligament large.

Et même, ajoute Säger, lorsqu'on rencontrera l'utérus et le ligament large réunis par un complexe inextricable de fibromes multiples, on pourra admettre que le tissu fibro-musculaire du ligament large a contribué pour sa part à la formation de ces tumeurs.

Il n'est, en effet, pas très rare de rencontrer des fibromes du ligament large, à côté de tumeurs de même nature développées aux dépens de l'utérus.

Ainsi, dans le cas de Rydygier, où le fibro-myôme enlevé était absolument indépendant de la matrice, puisque l'on n'a pas trouvé de pédicule servant de trait d'union, on a remarqué que l'utérus portait deux fibromes sous-péritonéaux de la grosseur d'une petite pomme.

Bien qu'absolument indépendants de l'utérus, les fibromes du ligament large ont de nombreux points de ressemblance avec ceux de la matrice. Nous avons vu, au début de ce chapitre, que leur structure était identique. De plus, comme ceux de l'utérus, les fibromes du ligament large peuvent atteindre les dimensions les plus considérables.

A côté du fibro-myôme de la grosseur d'un haricot rencontré par Virchow, Buschmann cite l'observation d'une tumeur de même nature, développée dans le ligament large, sans connexion aucune avec l'utérus, et pesant 18 kilogrammes. Comme les fibromes utérins, ceux du ligament large sont le plus souvent entourés d'une couche de tissu cellulaire lâche, d'une espèce de bourse séreuse, dit Verneuil, qui rend leur énucléation facile. Enfin, comme dernier point de ressemblance entre les fibromes utérins et ceux du ligament large, ces tumeurs

peu vasculaires par elles-mêmes sont quelquefois parcourues à leur surface par de gros sinus veineux pouvant acquérir la dimension du petit doigt. Et si l'on se rappelle combien est abondant, à l'état normal le système veineux du ligament large, sur lequel nous avons insisté à dessein dans le chapitre précédent, on ne sera pas étonné de voir les fibromes développés dans ce ligament entourés et comme contenus dans un lacis veineux beaucoup plus volumineux encore que dans les cas de fibromes utérins et par suite des hémorragies quelquefois mortelles se produire pendant l'opération.

Ainsi développés aux dépens des fibres musculaires lisses contenus dans le ligament large, les fibro-myômes ont pour première action de soulever, de décoller les feuillets péritonéaux qui doublent ce ligament et de se constituer ainsi une sorte de coque plus ou moins épaisse. S'il prend son origine aux dépens des faisceaux musculaires situés à la partie supérieure du ligament large, au niveau des ailerons, le fibro-myôme se coiffa du feuillet péritonéal et, pour ainsi dire indépendant du ligament large auquel il ne sera rattaché que par un pédicule plus ou moins étroit, il formera un corps fibreux intra-abdominal, présentant une certaine analogie avec les kystes de l'ovaire. Ce sont des fibromes ainsi développés qu'ont rencontrés Mickulicz, Sängcr, Bilfinger et le professeur Gross.

Si le fibro-myôme se développe aux dépens du tissu musculaire situé en avant de la trame fibreuse du ligament large, il soulèvera le feuillet antérieur de ce ligament, et se mettra en contact direct avec la vessie, la symphise du pubis et la partie abdominale. Il pourra

même, après avoir contracté des adhérences avec la vessie, l'entraîner en se développant en haut, et lui faire atteindre une longueur souvent considérable.

S'il se développe en arrière il soulèvera le feuillet postérieur, et rencontrera le gros intestin, le mésentère et la colonne vertébrale. Il pourra se souder avec le premier, s'infiltrer entre les deux feuillets du second, et adhérer quelquefois à la dernière.

En bas, le fibro-myôme fera saillie dans le cul-de-sac latéral du vagin qu'il tendra à effacer au fur et à mesure de son développement.

Enfin, si en augmentant de volume le fibro-myôme tend à se développer latéralement, tout en faisant toujours saillie de préférence aux endroits où la résistance est moindre, il contractera des rapports différents, suivant qu'il évoluera en dehors ou en dedans.

En dehors il rencontrera un organe important et peu volumineux, l'uretère qui, dans certains cas, pourra être aplati par la tumeur et comprimé sur les parois du bassin. Plus en dehors encore, ce sont les gros vaisseaux du bassin à la gaine fibreuse desquels le fibrome pourra adhérer intimement, et enfin les parois osseuses avec lesquelles il pourra encore contracter des adhérences comme dans le cas opéré par M. Tédénat.

Exceptionnellement, par suite de la communication qui existe entre le ligament large et l'atmosphère celluleuse du rein, on pourra voir, comme dans le cas de Billroth, cet organe adhérer à la tumeur.

En dedans au contraire, la tumeur rencontrera le bord interne de l'utérus auquel il pourra adhérer d'une façon intime. Mais dans la plupart des cas, un sillon souvent

très net séparera l'utérus de la tumeur qui ne fera que le déplacer en totalité, et l'entraîner, soit en haut, soit de préférence latéralement dans la partie libre du bassin où la tumeur tend à s'accroître. Il est bien évident que dans aucun cas le fibrome du ligament large ne pourra influencer sur l'utérus de manière à augmenter la longueur de sa cavité. Nous verrons l'importance de cette remarque lorsque nous parlerons du diagnostic de ces tumeurs.

En somme, nous pouvons résumer en quelques mots ce chapitre d'anatomie pathologique en déclarant que :

1° Les fibro-myômes du ligament large prennent leur origine primitive dans la trame même de ce ligament ;

2° Ils sont dans la plupart des cas entourés d'une couche de tissu cellulaire lâche qui rendra leur décortication facile ;

3° L'énorme dilatation du plexus veineux déjà volumineux à l'état normal, pourra pendant l'opération être la cause d'hémorragies souvent mortelles ;

4° En se développant, les fibro-myômes du ligament large peuvent contracter des rapports intimes en avant avec la vessie, en arrière avec le rectum, en dedans avec l'utérus, et surtout en dehors et en bas avec l'uretère, rapports dont nous allons voir toute l'importance en nous occupant de la symptomatologie et du diagnostic de ces tumeurs.

CHAPITRE III

Symptômes. -- Marche. — Diagnostic.

Ainsi développés à l'intérieur du ligament large, les fibromes se révéleront surtout par des phénomènes de compression, phénomènes qui varieront selon la direction dans laquelle se développeront ces fibromes, mais qui presque toujours seront analogues aux phénomènes de compression que produisent les fibromes utérins de moyen volume développés dans le petit bassin.

Un fibrome en contact avec la vessie pourra non seulement comme nous l'avons vu au chapitre précédent, en entraînant en haut cet organe lui faire atteindre un développement considérable, et dont il sera facile de s'assurer au moyen du cathétérisme, mais encore et surtout, donner lieu à une rétention d'urine plus ou moins complète et même à des accidents urémiques rapidement mortels.

Si au contraire il se développe en arrière, il comprimera le rectum et se révélera alors par une constipation

opiniâtre. On pourra même avoir dans ce cas tous les symptômes d'une obstruction intestinale.

En dehors, suivant que la compression de l'uretère se fera plus ou moins rapidement, on verra se produire ou des phénomènes urémiques, ou une hydronéphrose. On pourrait aussi voir la tumeur comprimer les vaisseaux et amener l'œdème du membre inférieur correspondant. Mais en se développant en dehors, c'est surtout par des compressions nerveuses que se révéleront les fibromes intra-ligamenteux. Si la compression des plexus nerveux est considérable, elle pourra amener des névralgies rebelles et même la paralysie des membres inférieurs ; dans la plupart des cas, cette compression sera peu intense et se révélera simplement par de la gêne, de la pesanteur dans le petit bassin, sans grande douleur.

Quel que soit le sens dans lequel il se développe, jamais le fibrome du ligament large n'amènera de métrorragie, ou en tout cas les symptômes hémorragiques seront bien moins importants que pour les fibromes utérins. Ils ont, en cela, une certaine analogie avec les fibromes sous-péritonéaux.

Enfin, dans quelques cas, les symptômes sont tellement atténués, que l'attention n'est appelée que par le développement de la tumeur abdominale. C'est donc l'examen au moyen des signes physiques qui fera faire le diagnostic : nous nous servirons du palper, du toucher, et surtout du palper et du toucher combinés.

Le palper seul ne révélera rien tant que le fibrome n'aura pas dépassé le plan du détroit supérieur.

Si le fibrome est plus volumineux, on aura la sensation d'une tumeur de consistance ferme débordant plus ou

moins le bassin, en général de forme assez régulièrement arrondie ou ovoïde et présentant un aspect plus uniforme et des lobulations moins nettes que dans les fibromes utérins proprement dits, à évolution sous-péritonéale.

Le toucher montrera le col utérin dévié soit latéralement, soit en avant. Le cul-de-sac latéral ou le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse dure sur laquelle glisse aisément la muqueuse vaginale. Un sillon net sépare la tumeur du col utérin.

Le palper et le toucher combinés donneront des renseignements incomparablement plus nets et plus précis. Ils montreront, en effet, la situation latérale ou antéro-latérale du corps utérin, l'indépendance relative de l'utérus et de la tumeur, indépendance qui sera d'autant plus grande que le fibrome sera moins volumineux, et qui en tout cas se caractérisera toujours par un léger glissement de l'utérus sur la tumeur. Cette indépendance relative donnera toujours au moins la notion que la tumeur est indépendante de l'utérus ou qu'elle ne lui est rattachée que par un pédicule étroit. Les données d'anatomie pathologique nous permettront d'aller plus loin et de dire que le plus souvent c'est d'une indépendance absolue qu'il s'agit.

Par le même procédé d'exploration nous serons renseignés sur les dimensions de l'utérus, dimensions qui seront utilement confirmées par l'hystérométrie. Cette augmentation de volume n'est, en général, pas considérable, et dans presque toutes les observations, ce sont des dimensions utérines normales qui ont été constatées.

Le palper et le toucher combinés appliqués à la tumeur nous indiqueront sa consistance ferme et élastique, plus

dure en tout cas que toutes les tumeurs liquides ou que les kystes ; la forme assez régulière de la tumeur et ses rapports avec les différents organes de l'excavation et surtout avec l'utérus. S'il s'agit d'une tumeur très volumineuse développée à la fois dans l'excavation et dans l'abdomen, on pourrait penser qu'elle s'est développée primitivement dans le ventre et que c'est seulement dans la dernière phase de sa croissance que l'excavation a été envahie. Mais avec une tumeur de petit ou de moyen volume, on sera fatalement conduit à rejeter cette hypothèse et cette interprétation et à admettre que la tumeur s'est bien véritablement développée primitivement dans l'excavation.

Nous attacherons une grande importance diagnostique aux considérations que nous venons d'énoncer. Le plongement profond dans l'excavation coïncidant avec une tumeur solide dont le volume n'est pas considérable est un des principaux symptômes qui permette d'affirmer le diagnostic au moins avec une grande probabilité. C'est un des points sur lequel M. Auguste Pollosson a insisté le plus devant nous.

Nous croyons donc que le palper et le toucher combinés permettent, dans un certain nombre de cas de poser le diagnostic de fibrome des ligaments larges, surtout lorsqu'il ne s'agit pas encore d'une tumeur très volumineuse.

Ces tumeurs peuvent s'observer presque à tous les âges : on peut les rencontrer à partir de l'âge de dix-huit ans. Elles se voient surtout de vingt à trente-cinq ans et exceptionnellement dans la vieillesse. Il semble donc que leur date d'apparition soit légèrement plus précoce que pour les fibromes utérins. Peut-être cette apparition est-

elle due à ce fait qu'à volume égal les fibromes du ligament large donnent plus rapidement des symptômes.

Il n'est pas possible de dire si la ménopause a sur leur développement une influence régressive ou atrophique. Il est probable, en tout cas, que les phénomènes de compression ne permettraient pas d'attendre aussi facilement l'âge critique que pour les autres fibromes.

Au point de vue obstétrical, il est évident que ces tumeurs peu mobiles constitueraient facilement un obstacle mécanique insurmontable à moins qu'elles ne soient de très petit volume.

Le développement des fibromes intra-ligamenteux ne paraît avoir aucune influence au point de vue de la conception. Elle ne semble en tout cas nullement l'entraver, puisque dans la plupart de nos observations les malades avaient eu un ou plusieurs enfants, et que dans un cas même, le fibrome ne fut constaté qu'au moment de l'accouchement.

Diagnostic. — Le diagnostic doit être fait d'abord avec les productions qui peuvent siéger dans les ligaments larges.

Les suppurations s'accompagnent de symptômes aigus douloureux et d'empâtement qui ne permettent guère la confusion.

Les hématoécèles sous-péritonéales seront, au contraire, d'un diagnostic difficile. L'épanchement sanguin, bientôt transformé en caillot solide, se trouve bridé par le péritoine qui ne se laisse point rapidement décoller, donnera une sensation d'une consistance ferme et régulière qui pourra en imposer pour un myôme. Nous avons pu

constater dans le service de M. Auguste Pollosson une hématocele sous-péritonéale post-opératoire qui aurait pu aisément être confondue au point de vue du siège et de la consistance avec un fibrome du ligament large. Mais les conditions étiologiques, le début douloureux et relativement brusque, la marche plus rapide, les douleurs plus vives, le ramollissement ultérieur ou la résorption progressive, sont autant de signes propres aux hématoceles, qui serviront à lever l'hésitation qu'on pourrait avoir.

Les kystes du ligament large sont, en général, d'une tension peu considérable. Leur paroi n'est pas très épaisse et leur consistance, par conséquent, sera suffisamment nette pour ne pas permettre les confusions.

Le diagnostic sera plus difficile avec les kystes dermoïdes dont la consistance est, en général, très dure et qui s'accompagnent également de poussées douloureuses. Si ces kystes ne siègent pas dans le ligament large, c'est leur situation au-dessus de l'excavation qui fera faire le diagnostic. S'ils siègeaient dans le ligament large, il est probable que le diagnostic serait parfois impossible ; mais l'erreur ne serait pas grave, les indications et le mode opératoire pouvant être identiques.

Un certain nombre de tumeurs ou de collections liquides développées en dehors des ligaments larges, mais venant plonger dans le cul-de-sac de Douglas pourront en imposer pour des fibromes du ligament large. Parmi ces tumeurs, notons les kystes de l'ovaire, dans le cas où ils seront encore petits, très tendus, et dans le cas où ils seraient venus se fixer dans le cul-de-sac recto-utérin, soit simplement en y plongeant, soit en y contractant des adhérences. Nous avons observé récemment dans le ser-

vice de M. Auguste Pollosson un cas de ce genre qui avait laissé le diagnostic hésitant.

Les tumeurs solides de l'ovaire ont habituellement une marche différente ; elles ne contractent pas fatalement des connexions avec le cul-de-sac de Douglas. Elles conservent en général une indépendance plus grande avec l'utérus, et de plus s'accompagnent d'une manière assez précoce d'épanchement ascitique.

Les hématoécèles rétro-utérines intra-péritonéales n'ont pas la forme régulière des fibromes. Elles ne restent en général pas unilatérales, mais s'étendent transversalement en arrière de l'utérus, prédominant parfois d'un côté, mais perceptibles à droite et à gauche. Ajoutons à leur propos l'étiologie différente, les symptômes plus brusques et plus aigus, et leur marche qui les fait se résorber ou suppurer plus rapidement encore que les hématoécèles sous-péritonéales. La confusion entre les fibromes intra-ligamenteux et les hématoécèles sous-péritonéales peut être possible si on n'observe pas les malades pendant un certain temps, mais nous croyons qu'elle n'est pas à craindre avec les hématoécèles intra-péritonéales pour un observateur attentif.

Les grossesses extra-utérines pourraient à une certaine période de leur développement être une cause d'erreur ; ce serait pendant les deux premiers mois par exemple. Mais en général, à cette date déjà ont apparu des modifications du côté des règles qui ont manqué ou qui ont été remplacées par des pertes utérines régulières, tandis que le même fait ne s'observe pas dans les fibromes. Plus tard la grossesse extra-utérine donnera des symptômes plus nets, soit qu'une rupture du kyste fœtal survienne, soit

que son développement amène la perception de signes nouveaux, tels que le ballotement vaginal, la perception des parties fœtales et même des mouvements actifs et les battements cardiaques. D'ailleurs, il suffit d'observer pendant un certain temps pour constater dans la grossesse extra-utérine un accroissement relativement rapide. On ne doit pas diagnostiquer un fibrome du ligament large qui ne daterait que de deux ou trois mois.

La rétention d'un fœtus mort à une date peu avancée d'une grossesse extra-utérine pourrait en imposer davantage. Mais alors les signes physiques reprennent leur importance, car une pareille grossesse représentant une tumeur du volume d'une orange ou d'une tête de fœtus ne plonge point dans l'excavation d'une manière aussi profonde et n'y est point fixée d'une manière aussi nette que les fibromes intra-ligamenteux.

CHAPITRE IV

Observations.

Nous allons d'abord citer le résumé des observations parues à ce sujet dans la littérature médicale, en les divisant en deux sections :

1° Observations dans lesquelles aucune opération n'a été tentée, mais qui prouvent l'indépendance des fibromyômes des ligaments larges.

2° Observations où l'ablation du fibrome a été pratiquée par la voie péritonéale.

Enfin, nous citerons complètement l'observation inédite qui nous a été communiquée par M. Auguste Pollosson et dans laquelle le fibrome du ligament large a été enlevé par la voie para-péritonéale.

1° Observations dans lesquelles aucune opération n'a été tentée.

Nous ne ferons que rappeler l'observation dont parle Vrchow (in *Pathologie des tumeurs*) dans laquelle cet auteur a rencontré

« un fibro-myôme de structure caractéristique et de la grosseur d'un haricot dans les ligaments larges, immédiatement au-dessous du ligament ovarique, à une grande distance de l'utérus et de l'ovaire. »

OBSERVATION I

(Hecker. *Klinick der Geburststrunde.*)

Malade de trente-six ans. Primipare. Ne s'est jamais aperçue de sa tumeur qui a été constatée pendant l'accouchement. C'était un fibro-myôme du ligament large droit, non pédiculé, séparé de l'utérus par un sillon très net. Les deux ovaires sont libres. La malade meurt huit jours après l'accouchement.

OBSERVATION II

(Bilfinger. Inaugural Dissertation, Wurtzbourg, 1887.)

Chez une femme de cinquante-huit ans, ayant eu huit enfants et morte d'hémorragie cérébrale, cet auteur a rencontré par hasard à l'autopsie un fibro-myôme de la grosseur d'un œuf d'oie, rattaché au ligament large droit par un pédicule long de 3 centimètres et large de 15 millimètres. Cette tumeur n'avait occasionné aucun trouble pendant la vie. L'utérus est libre. Les deux ovaires sont normaux.

OBSERVATION III

(Schetelig. *Archiv für Gynäkologie*, 1870.)

Femme de quarante et un ans. Multipare, présente une tumeur élastique, de forme ovoïde, irrégulière par places, et assez dure. L'utérus mobile est placé normalement. La malade qui s'était aperçue de sa tumeur il y a deux ans succomba à une péritonite

chronique ayant duré deux mois et s'étant terminée par une suppuration circonscrite de deux anses de l'intestin grêle qui étaient adhérentes à la tumeur. A l'autopsie on trouva un cysto-myôme télangiectode caverneux du ligament large droit. Utérus complètement libre. Ovaire gauche normal. Ovaire droit accolé à la face antéro-externe de la tumeur. La trompe droite, longue de 21 centimètres, n'était pas obturée.

2° Observations dans lesquelles l'ablation du fibrôme a été pratiquée par voie péritonéale.

OBSERVATION IV

(Schmidt. *Prager medizinische Wochenschrift*, 1878.)

Femme de trente-cinq ans. Primipare, présente une tumeur mobile ayant apparu un an et trois mois après l'accouchement dans la fosse iliaque droite. La tumeur non fluctuante s'est accrue rapidement après avoir provoqué des symptômes de péritonite rapidement disparus. Utérus abaissé et porté en avant. On sent les deux ovaires par le toucher. On porte le diagnostic de tumeur solide du ligament large droit. Laparotomie. On enlève un fibrosarcome pesant 8 kilogrammes, et rattaché au ligament large droit par un pédicule long et assez épais qui est rentré dans l'abdomen. Utérus et ovaires normaux. Guérison rapide, sans fièvre.

OBSERVATION V

(Mickulicz. *Wien. med. Wochensch.*, 1879.)

Jeune fille de vingt-deux ans. Multipare. Non réglée. S'est aperçue que son ventre grossissait depuis six ans. Epreuve des douleurs périodiques dans l'abdomen. Ascite depuis deux ou trois ans. Hernie ombilicale depuis un an. On sent une tumeur mobile, non

fluctuante, de la grosseur d'une tête d'adulte, et un peu bosselée. On diagnostique tumeur solide du ligament large. Laparotomie. On enlève un fibro-myôme très œdématié, pesant 5 kilogrammes et rattaché au ligament large droit par un pédicule mince et nécrosé. Utérus infantile, libre. Ovaire droit nécrosé, entièrement séparé de la tumeur. On rentre le pédicule. La guérison est retardée par une hémorragie intra-abdominale et un abcès de la paroi.

OBSERVATION VI

(Sänger, *Archiv für Gyn.*, 1880.)

Malade de dix-neuf ans, primipare, s'est aperçue que son ventre grossissait depuis dix mois. Règles supprimées depuis sept mois. La patiente s'est crue enceinte. Prolapsus utérin et vaginal. Fluctuation nette. Laparotomie. On tombe sur un fibro-myôme hydro-pique du ligament large gauche pesant 8510 grammes. Tumeur double, l'antérieure petite, intra-ligamenteuse, la postérieure plus grande, unie à l'autre par un cordon extra-ligamenteux et intra-péritonéal. Utérus et ovaire droit normaux. L'ovaire gauche situé derrière la tumeur antérieure est œdémateux. Malgré des recherches très actives, on ne trouva pas de cordon rattachant l'utérus à la tumeur. Guérison retardée par un exsudat du pédicule et une inflammation du tissu cellulaire, provenant d'un point où le ligament de Douglas fut blessé.

OBSERVATION VII

(Bardenheuer, Stuttgart, 1881.)

La malade présente une grosse tumeur qui plonge profondément dans le petit bassin et qui se laisse soulever en partie: Laparotomie. On rencontre un myôme intra-ligamenteux. Déchirure de la paroi antérieure du rectum. Suture de l'intestin. Drainage de la cavité péritonéale. Blessure d'un gros vaisseau péri-

utérin pendant le drainage. Mort quatre heures après l'opération, par hémorragie.

OBSERVATION VIII

(Buschmann, *Wiener med. Wochenschrift*, 1880.)

M. M. de Wilna, âgée de trente-cinq ans, quatre enfants. Régliée régulièrement. Depuis trois ans, augmentation du volume de l'abdomen qui présente une consistance ferme et élastique. La matité se continue avec celle de la rate et du foie. Par le toucher on sent l'utérus normal et indépendant de la tumeur presque immobile. Laparotomie pratiquée par Billroth. Insision de 20 centimètres qu'on agrandit ensuite de 10 centimètres. Hémorragie considérable à l'ouverture du péritoine soulevé et poussé en avant par la tumeur. On tombe sur un fibro-myôme rétropéritonéal, intra-ligamenteux, pesant 18 kilogrammes et accolé au rein prolabé dans le bassin. Mort cinq jours après de péritonite. Utérus et ovaires normaux et libres.

OBSERVATION IX

(Rydygier, *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1881.)

M. X...., multipare, malade depuis huit ans. Laparotomie. On trouve un fibro-myôme siégeant entre les deux feuillets du ligament large et partiellement dégénéré. La tumeur se laisse enlever sans nécessiter l'emploi d'aucun instrument ni d'aucune ligature. Pas de pédicule. On trouve sur l'utérus deux tumeurs sous-péritonéales de la grosseur d'une petite pomme. Les ovaires sont libres. Guérison trente jours après.

OBSERVATION X

Schröder dit avoir énucléé du ligament large gauche un fibro-myôme, après avoir enlevé un kyste de l'ovaire droit.

OBSERVATION XI

(Bayard Holmes, *Cent. f. Gyn.*, 1888.)

Malade de trente-cinq ans, primipare. Il y a six mois, on découvre derrière l'utérus une petite tumeur mobile qui fut prise pour un ovaire prolabé. Cette tumeur augmenta rapidement, devint immobile et la malade éprouva une gêne considérable. Laparotomie. Décortication d'une tumeur grosse comme un poing et composée surtout de tissu musculaire. Guérison sans complication.

OBSERVATION XII

(Krœnlein, *Arch. f. klin. Chir.*, 1877.)

Fibrome extrapéritonéal, très tendu, remplissant complètement la cavité du grand et du petit bassin, et envoyant des prolongements, l'un par l'anneau crural gauche, l'autre par l'ouverture inférieure du bassin. Ablation du fibrome crural. Mort.

OBSERVATION XIII

(Langner, *Centr. f. Gyn.*, 1887.)

Femme de quarante-sept ans, s'étant aperçue ces derniers temps que son ventre grossissait. Elle éprouvait des douleurs vésicales très vives et à certains moments ne pouvait plus uriner. Utérus dévié à droite. Tumeur remplissant le côté gauche du bassin. Laparotomie pratiquée par M. A. Martin. On rencontre un myofibrome qui se laisse facilement décortiquer du ligament large gauche où il s'est développé. Drainage vaginal. Mort le onzième jour de péritonite purulente.

OBSERVATION XIV

(Tédenat, *in* Pozzi *Gynécologie*.)

Femme de quarante-huit ans, deux enfants. — Le ventre a commencé à grossir il y a sept ans. Menstruation régulière peu abondante. Constipation opiniâtre. Douleurs lombaires. Tumeur fluctuante. Utérus petit et mobile. Dans le ligament de Douglas masses mobiles fuyant sous le doigt. Laparotomie. Fibro-myômes du ligament large adhérents aux parois pelviennes. Hémorragie considérable. Mort au bout de vingt heures. Les tumeurs sont des fibro-myômes typiques, certainement nés dans le ligament large, et de texture plus lâche que celle des myômes utérins ordinaires.

OBSERVATION XV

(Gayet, *Lyon médical*, 1874.)

M^{me} D..., quarante-deux ans. Veuve depuis sept ans. Nullipare. Fait remonter le début de sa maladie au commencement de son veuvage. Œdème de la jambe droite. Éprouve surtout de la gêne. Abdomen volumineux. Fluctuation très nette. Utérus élevé un peu incliné à droite. Laparotomie. On tombe sur un myôme kystique contenu dans le ligament large et présentant de nombreuses adhérences péritonéales. Énucléation de la plus grande partie de la tumeur. Soudure à la paroi abdominale de la partie abandonnée dans le ventre. Mort quatre jours après.

OBSERVATION XVI

(Gross, Congrès français de chirurgie, 1892).

Malade de trente et un ans, non mariée. Réglée à dix-sept ans toujours régulièrement. Début de la maladie il y a trois ans; à cette

époque douleurs abdominales avec irradiations vers la région lombaire. Il n'y a qu'un an qu'elle s'est aperçue d'une grosseur dans le ventre. Abdomen volumineux. Au palper, tumeur ovoïde, lisse, ferme, mobile, inclinée à droite. Utérus peu développé, mobile, indépendant de la tumeur. Laparotomie. On trouve une tumeur dont la face antérieure est parcourue par de gros canaux veineux. Quelques adhérences épiploïques facilement décollées. Un pédicule épais qui relie la tumeur à la partie postérieure et supérieure du ligament large droit est sectionné et lié. On trouve l'ovaire et la trompe intacts. La matrice petite sans rapports avec le moignon est à sa place normale. Suture de la paroi abdominale. Guérison retardée par un phlegmon de la paroi. La tumeur est un fibro-myôme de 2.500 grammes.

OBSERVATION XVII

(Tillaux, *Société de chirurgie*, 1888.)

Femme de quarante-quatre ans, vierge. — Tillaux diagnostique fibrome utérin (le toucher n'a pas été pratiqué). Laparotomie. Le chirurgien rencontre avant d'arriver sur la tumeur un second feuillet péritonéal. Énucléation de la tumeur qui n'est autre chose qu'un fibrome du ligament large. L'opération est terminée par la résection du ligament large au ras de l'utérus. Pas de drainage. On ferme la plaie comme dans les ovariectomies simples. La malade a bien guéri dans les délais ordinaires.

3^e Observation dans laquelle l'ablation du fibrome a été pratiquée par voie parapéritonéale.

OBSERVATION XVIII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. Augute Pollosson.)

M^{me} H..., trente-deux ans, réglée à dix-huit ans, très régulièrement. Elle a toujours joui d'une bonne santé. Mariée à dix-neuf ans, n'a jamais eu ni couche, ni avortement.

Il y a dix ans, la malade commença à souffrir du ventre. Elle fait remonter le début de son affection à des fatigues exagérées qu'elle subit à un moment où elle avait ses règles. Elle a souffert beaucoup surtout du côté droit. Exagération des douleurs par la marche, les efforts. Les règles devinrent irrégulières, mais furent toujours très abondantes. Pendant un an, la malade ne fit pas attention à ces malaises, mais ayant eu l'occasion de voir un médecin, elle se fit examiner. On lui ordonna des vésicatoires qui n'amenèrent pas grande amélioration. Trois ans après le début de son affection, la malade resta trois mois sans avoir ses règles. Puis subitement, elle eut une perte de sang très abondante qui l'obligea à garder le repos pendant trois semaines. On fut même obligé de la tamponner. Consécutivement, le docteur consulté lui fit des cautérisations au fer rouge, par la voie vaginale. Elle se trouva alors beaucoup mieux pendant un an et demi. Mais les pertes blanches persistèrent.

Ces symptômes semblent se rapporter à une métrite de cause inconnue.

Depuis un an, la malade vit apparaître des symptômes nouveaux, caractérisés surtout par des douleurs violentes, siégeant dans le côté droit du bassin, s'irradiant dans la cuisse du même côté et dans les reins. Toutes ces douleurs sont augmentées par la moindre marche. En même temps, on continue à observer des pertes blanches continues et des règles un peu augmentées, mais en somme, ce sont les phénomènes douloureux de compression qui dominent la scène, et ce sont ces douleurs qui font réclamer à la malade une intervention.

Au mois de mars, le Dr X... pratiqua une laparotomie et constata une tumeur pelvienne qu'il jugea impossible d'extirper. Aussi le ventre fut-il refermé après une opération purement exploratrice.

On essaya de suggérer à la malade que sa tumeur avait été enlevée dans cette opération. Mais elle ne put croire à ce qu'on lui disait, car les douleurs persistaient comme par le passé et allaient même en augmentant. On peut juger de l'importance des symptômes douloureux en voyant la malade entrer à l'Hôtel-Dieu

au milieu de septembre et réclamer à nouveau une intervention dont elle savait pourtant la gravité.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, on constata par le toucher vaginal combiné avec le palper abdominal une tumeur solide, arrondie, du volume d'une grosse orange, plongeant dans le cul-de-sac droit et remontant très peu au-dessus du détroit supérieur. La partie antérieure de cette tumeur est d'ailleurs plutôt développée en arrière qu'en avant, du côté de la paroi abdominale. Cette tumeur est relativement fixe et se laisse faiblement mobiliser; il est en tout cas impossible de la soulever au-dessus de l'excavation. Il n'y a pas d'adhérence de la muqueuse vaginale à son niveau.

L'utérus est déjeté du côté gauche et un peu en avant. Par l'examen bimanuel on constate que son volume est normal. Le col est séparé de la tumeur par un sillon. On peut constater que la tumeur vient se mettre en rapport avec tout le bord latéral droit de l'utérus, mais que l'on peut produire un léger glissement de l'utérus sur la tumeur. L'hystérométrie indique 7 centimètres comme longueur de la cavité utérine.

D'après ces symptômes, on fait le diagnostic de fibrome du ligament large. En s'en rapportant uniquement aux signes physiques, on pouvait au moins affirmer l'existence d'une tumeur solide située dans l'excavation, à côté de l'utérus, et indépendant de lui. M. Auguste Pollosson se décida à intervenir à nouveau par la laparotomie qui fut faite le 20 septembre 1892.

Il se proposait après l'ouverture de la paroi abdominale d'attirer avec les pinces érigées la partie antérieure de la tumeur, de l'amener ainsi au voisinage de la plaie, d'inciser alors la couche péritonéale servant de coque au fibrome et d'énucléer alors la tumeur de la loge par un travail de décortication.

L'ouverture de la paroi étant faite sur la ligne médiane de l'ombilic au pubis, M. Auguste Pollosson essaya de suivre le plan qu'il s'était tracé. Mais il constata que la tumeur, profondément située et développée surtout en arrière, ne pouvait pas être saisie et amenée vers la plaie. La présence des anses intestinales assez développées gênait aussi toute manœuvre dans la profondeur, et

ne permettait pas de songer à aller inciser sur place la couche péritonéale qui recouvrait la tumeur.

M. Auguste Pollosson était donc sur le point de renoncer à continuer une opération qui lui paraissait dangereuse, lorsqu'il constata que le péritoine pariétal situé immédiatement au-dessous de l'incision de la paroi se laissait aisément décoller de la face postérieure du pubis et permettait en poursuivant le décollement sur la partie latérale droite de la vessie d'arriver jusque sur la partie antéro supérieure de la tumeur. Il changea alors de plan, et considérant comme inutile l'ouverture du péritoine, il la referma tout d'abord par une suture au fil de soie, puis revint vers le décollement péritonéal commencé et essaya de décoller par cette voie extra-péritonéale la coque membraneuse qui recouvrait la face supérieure de la tumeur. Il dû pour se donner plus de jour inciser dans une étendue de 2 centimètres environ une partie du muscle grand droit du côté droit, presque au ras du pubis. Il put alors, la voie étant ainsi augmentée, glisser sa main sous le péritoine décollé, compléter par des manœuvres digitales le décollement de la tumeur sur ses parties latérales, puis vers son fond, et dans l'espace de quelques minutes, la tumeur fut amenée très aisément en dehors par cette voie extra-péritonéale.

Aucun pédicule ne reliait le fibrome à l'utérus, aucune hémorragie ne fut provoquée par la manœuvre de décollement et il n'y eut pas une seule ligature à faire.

La tumeur étant enlevée, on put constater que la loge dans laquelle elle était située était bien sous-péritonéale et confinait au bord latéral droit de l'utérus. Le fibrome assez régulièrement ovoïde avait des diamètres de 10 à 12 centimètres; c'est-à-dire à peu près les dimensions d'une tête fœtale. On réunit par des sutures au fil de soie la portion sectionnée du muscle grand droit. Une suture musculo-aponévrotique, puis une suture cutanée fermèrent la plaie de la laparotomie médiane. Dans toute sa hauteur, sauf dans une étendue de 2 ou 3 centimètres à sa partie inférieure. En ce point, en effet, fut ménagée une ouverture qui livra passage à une mèche de gaze iodoformée qui plongeait dans l'ancienne loge du fibrome.

Un pansement antiseptique fut appliqué. Les suites opératoires furent des plus simples. La mèche de gaze fut arrachée au bout de quarante-huit heures. La température s'éleva pendant trois ou quatre jours vers les environs de 38 degrés, et au bout de ce temps rentra dans la normale. Au bout de quinze jours la malade put se lever et elle quitta l'hôpital moins d'un mois après son entrée.

Elle a été revue depuis à plusieurs intervalles, et pour la dernière fois le 5 juin 1893, c'est-à-dire plus de huit mois après son opération. Elle est débarrassée d'une manière complète de tous ses symptômes douloureux et a pu reprendre sans aucun inconvénient une vie active et tout à fait normale.

Le toucher montre que l'utérus est revenu à sa place normale, c'est-à-dire en une situation médiane, sans aucune déviation et avec une mobilité normale. Les culs-de-sac latéraux sont parfaitement souples. Il n'y a aucune induration au niveau de l'ancienne loge du fibrome et il serait impossible par le toucher de savoir si la malade a jamais subi une opération. Les règles ont toujours été normales, bien qu'un peu prolongées, et il persiste des pertes blanches assez abondantes. La muqueuse du col est légèrement évasée. Il existe donc des signes d'une métrite chronique qui a probablement été toujours indépendante de l'existence du fibrome.

Ces inconvénients légers consistant en somme surtout en pertes blanches, ne sont d'ailleurs rien aux yeux de la malade qui se considère comme parfaitement guérie.

CHAPITRE V

Traitement.

Les indications thérapeutiques dans les fibromes des ligaments larges, sont évidemment différentes de celles qui sont formées par les fibromes utérins. Sans parler même des fibromes sous-muqueux dans lesquels les hémorragies sont le signe prédominant et l'indication thérapeutique, nous pouvons dire que les fibromes utérins interstitiels et sous-péritonéaux diffèrent très notablement de ceux qui ont pour origine les ligaments larges. Dans les fibromes utérins, en effet, le développement se fait en général au-dessus du détroit supérieur, c'est-à-dire que la tumeur conserve pendant une longue période une mobilité analogue à celle du fond de l'utérus. Les phénomènes de compression n'apparaissent que lorsque les tumeurs ont acquis un volume énorme, ou encore lorsque les masses secondaires développées à la face inférieure d'un fibro-myôme volumineux viennent à acquérir un développement du côté de l'excavation. On peut pres-

que dire, en somme, que les phénomènes de compression sont exceptionnels, qu'ils se réduisent à de la gêne ou à des douleurs vagues, mais ne viennent que rarement agir sur des organes importants. Aussi l'expectation ou l'abstention complète trouvent-elles encore des partisans dans les cas de fibromes utérins. L'expectation est d'ailleurs absolument légitimée par la conservation d'un état général satisfaisant et par la régression probable qu'amènera la ménopause.

Les fibromes du ligament large ont d'une manière générale une symptomatologie plus sérieuse, des accidents de compression qui sont plus précoces et nous demanderont une intervention à une phase peu avancée de la maladie. D'ailleurs les fibro-myômes du ligament large se développent souvent à un âge peu avancé, et l'étude des observations ne nous permet pas encore de compter sur l'atrophie de la tumeur, passé l'âge critique.

Rien ne nous autorise non plus à compter sur l'ablation des ovaires et des trompes pour amener la régression des masses fibromateuses. Nous croyons donc que l'intervention chirurgicale s'imposera plutôt, et surtout plus souvent.

Quel sera le traitement chirurgical que l'on devra apporter? Peut-on songer à l'ablation par la voie vaginale et pratiquer ainsi l'extirpation de la tumeur par morcellément? Cela paraît théoriquement possible dans les cas où la tumeur serait très peu volumineuse et descendrait profondément. On conçoit parfaitement qu'après avoir incisé la muqueuse vaginale on puisse saisir le fibrome, l'abaisser avec des pinces érigées et l'extirper, soit par une décortication digitale, soit par fragmentations

successives. D'une manière générale néanmoins, cette méthode nous paraît comporter quelques dangers : la situation de l'uretère, par exemple, paraît impossible à déterminer d'une manière précise. On ne peut pas prévoir dans quel sens ce conduit a pu être déjeté et l'on risquerait souvent de le sectionner. D'autre part, le système veineux du ligament large subit souvent une dilatation très importante, et ce sont des vaisseaux qui peuvent atteindre quelquefois le volume du petit doigt qu'on risque de rencontrer devant soi et de blesser à un moment où les conditions d'hémostase sont évidemment difficiles. Malgré ces objections, cette méthode de traitement est probablement possible dans certains cas. M. Auguste Pollosson avait songé à y avoir recours dans le cas qu'il nous a communiqué.

La voie vaginale étant mise de côté, nous voyons que c'est à la laparotomie que l'on a eu recours dans tous les cas rapportés. C'est, évidemment, une méthode dont un des avantages importants est de confirmer un diagnostic douteux ou de rectifier un diagnostic erroné. Dans la plupart des cas, l'opération consiste, après avoir relevé la masse intestinale à inciser la couche péritonéale dont le fibrome est revêtu, et à procéder par cette incision à une décortication de la tumeur. Des conduites variables sont alors suivies au point de vue de la fermeture et du drainage de la poche ainsi constituée. C'est ainsi que A. Martin a pratiqué le drainage vaginal, que Mikulicz a préféré le drainage abdominal, et que les auteurs qui ont rencontré une tumeur pédiculée ont sectionné ce pédicule et l'ont rentré dans l'abdomen.

Une autre méthode nous paraît utilisable dans un grand

nombre de cas : c'est d'abord la tumeur par la voie para-péritonéale. C'est celle qui a été suivie par M. Auguste Pollosson, c'est elle surtout que nous voulons mettre en lumière.

Cette voie para-péritonéale a d'ailleurs été suivie dans un certain nombre d'opérations, dans la ligature des artères iliaques, dans la recherche des uretères, dans le traitement de certains abcès pelviens. Mais dans ces différents cas, les conditions opératoires sont très notablement différentes et ne présentent qu'une analogie lointaine avec l'extirpation des fibromes. Bardenheuer a étudié dans un ouvrage important (*Der extraperitoneale Explorativschnitt*, Stuttgart, 1887), les incisions exploratrices qui permettent d'explorer par la voie extra-péritonéale les différentes régions de l'abdomen, et, dans un chapitre assez bref de son ouvrage, il indique la même méthode pour aborder les ligaments larges. L'incision para-péritonéale est pour lui, avant tout, une incision exploratrice. Il fait remarquer toutefois qu'elle peut permettre dans certains cas l'ablation d'une tumeur. Il cite même un cas où cette incision le conduisit à travers des masses inflammatoires sur un myôme très dur. Mais cette observation nous paraît plus analogue aux cas d'abcès pelviens abordés par la voie para-péritonéale qu'à ceux des fibromes intra-ligamenteux qui n'ont pas contracté d'adhérences inflammatoires. Les conditions anatomiques apportées par l'inflammation changent, en effet, d'une manière complète les connexions et les adhérences d'une production intra-ligamenteuse.

L'opération que nous proposons est au contraire basée avant tout sur la facilité du décollement du péritoine de

la fosse iliaque et du petit bassin. Les expériences de Delbetsur l'innocuité de vastes décollements péritonéaux chez le chien viennent à l'appui de l'idée que nous soutenons. On peut arriver à extirper les fibromes du ligament large par voie para-péritonéale, soit par l'incision médiane comme dans les laparatomies ordinaires, soit par une incision analogue à celle de la ligature des artères iliaques à laquelle on peut faire subir quelques modifications suivant le cas. C'est par la ligne médiane qu'a procédé M. Auguste Pollosson. Après avoir constaté l'impossibilité ou les dangers d'extirper la tumeur par la voie intra-péritonéale, il referma l'ouverture faite au péritoine et put alors décoller le péritoine pariétal de haut en bas à partir du bord inférieur de l'incision abdominale. Le décollement porta sur les parties latérales de la vessie et se fit avec une extrême facilité. Il fut suffisamment étendu pour permettre l'introduction de la main jusque sur le fibrome qui se laissa facilement décortiquer avec le doigt et qui put être extirpé par la voie qu'avait suivie la main. Cette opération nous montre donc la possibilité d'utiliser la voie para-péritonéale même avec la laparotomie médiane. On devra songer dans ces cas à éviter la vessie et se reporter par conséquent latéralement du côté où s'est développé le fibrome.

Nos recherches d'amphithéâtre nous ont montré que la méthode para-péritonéale pouvait donner une voie beaucoup plus large de pénétration dans le ligament large, beaucoup plus de lumière, et par conséquent beaucoup plus de commodité si l'on fait l'incision de la peau et celle de la paroi parallèlement à l'arcade crurale.

L'incision typique, et qui sera suffisante dans un certain nombre de cas consiste à tracer une ligne parallèle à l'arcade crurale, située à un doigt au-dessus, et étendue depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'au bord externe des grands droits. C'est suivant cette ligne que seront incisés la peau et les muscles. Cette incision donne déjà beaucoup de jour et permet de placer le poing dans l'excavation sur les parties latérales de l'utérus. On peut facilement augmenter ses dimensions soit en dehors en se dirigeant parallèlement à la crête iliaque ou dans une direction obliquement ascendante, soit en dedans en remontant de deux ou trois travers de doigt le long du bord externe du grand droit. Enfin on peut lui donner des dimensions encore plus considérables, si on la conduit jusque sur la ligne médiane en sectionnant alors un des grands droits et en remontant sur la ligne blanche dans une étendue de deux ou trois travers de doigt. Cette incision ainsi augmentée n'intéresse aucun organe important et ouvre une large voie permettant de remonter en dehors jusqu'au niveau du rein, d'aborder par en haut presque toute l'excavation, et de dépasser même la ligne médiane si l'utérus est refoulé du côté opposé à l'opération. Dans toute cette région, le péritoine est éminemment décollable, et ne se laisse pas déchirer pour peu que l'on soit attentif.

Ces recherches d'amphithéâtre sont-elles applicables dans les cas où un fibrome est développé dans le ligament large et remonte à une hauteur variable sur un des côtés du bassin ou de l'abdomen ? Cela est évident. En effet, le développement de la tumeur en soulevant le péritoine nécessite d'aller moins profondément dans la manœuvre

du décollement péritonéal : le décollement est pour ainsi dire effectué par la tumeur.

Quant à la décortication du fibrome dans ses parties profondes, elle reste identique à celle que l'on est conduit à pratiquer lorsqu'on agit par la voie intra-péritonéale. Les dangers de déchirure de l'uretère ou de vaisseaux ne sont évidemment pas plus grands que lorsqu'on a agi par l'abdomen. Il nous semble même qu'une hémorragie serait plus aisément maîtrisée que lorsqu'elle a lieu dans le cours d'une laparotomie, et qu'elle serait moins grave que si le sang s'épanchait en plein péritoine. Il est également plus aisé d'évoluer dans cette zone de décollement, car on évite ainsi les ennuis qui peuvent être apportés par les anses intestinales dans les cas de laparotomie.

Nous tenons à faire remarquer que le développement du fibrome ne rend en aucune façon difficile le décollement du péritoine. La preuve en est que, dans les extirpations par voie péritonéale avec incision de la coque, ce même décollement doit être fait, et nous savons qu'il s'accomplit d'habitude avec une étonnante facilité.

Cette méthode para-péritonéale peut donc permettre d'aborder et d'extirper des fibromes des ligaments larges, soit lorsqu'ils sont encore peu volumineux et contenus encore dans l'excavation, soit lorsqu'à une phase plus avancée ils se sont élevés en appuyant sur une des fosses iliaques, soit même, nous le croyons, lorsqu'il ont acquis un volume plus considérable et qu'en s'élevant ils ont atteint le niveau du rein. Ces fibromes en grandissant soulèvent en effet le péritoine qu'ils décollent et deviennent sous-péritonéaux dans une zone qui correspond à notre champ opératoire.

Cette méthode nous paraît plus bénigne que la voie intra-péritonéale, surtout en raison des complications septiques qui sont évidemment moins à redouter, le péritoine n'étant point ouvert et les anses intestinales n'étant point aperçues. Elle permet d'effectuer l'opération avec une grande rapidité. Enfin, il est un certain nombre de cas, tels que l'observation de M. Auguste Pollosson, où elle peut être seule utilisable, l'extirpation par la laparotomie étant trop difficile ou dangereuse à cause du siège profond et postérieur de la tumeur.

On pourra toujours assurer le drainage de la cavité de décollement au moyen d'un drain ou avec des mèches de gaze iodoformée qu'on laissera sortir par l'angle inférieur de la plaie. Une des objections principales qu'on puisse faire, est la possibilité d'éventration consécutive ; mais il est toujours possible de faire une suture soignée de la couche musculo-aponévrotique, en laissant seulement le passage des drains, et nous ne voyons pas pourquoi une suture musculo-aponévrotique aurait moins de chances de succès et de solidité que si elle était faite sur la ligne médiane.

CONCLUSIONS

I. Les fibromes des ligaments larges sont souvent indépendants de l'utérus.

II. Ces tumeurs peuvent être diagnostiquées dans un certain nombre de cas. Elles ne s'accompagnent pas de métrorragies, elles donnent lieu à des phénomènes de compression précoces. Le palper bi-manuel peut montrer leur indépendance vis-à-vis de l'utérus.

III. Les fibromes des ligaments larges peuvent être enlevés par la voie intra-péritonéale.

IV. Ils peuvent souvent être enlevés avec plus de facilité et moins de danger par la voie para-péritonéale.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
LAROYENNE.

Vu, bon à imprimer

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

BIBLIOGRAPHIE

- Kiwisch, *Klinische Vorträge über specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des weiblichen Geschlechts*, 1849.
- Scanzoni, *Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane*, 1875.
- Klob, *Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane*, 1864.
- Grohe, *Amtlicher, Bericht der Natur* (J. Versammlung zu Stettin, 1864).
- Klebs, *Verhandl. der Berliner geburtsh. Gesellschaft*, 1865.
- Wirchow, *Pathologie des tumeurs*, trad. franç., t. III, 1871, p. 412.
- Sänger, Ueber primäre desmoide Geschwülste der Ligamenta lata (*Arch. f. Gyn.*, 1880, t. XVI, p. 258) (Guyot).
- Bilfinger, *Ein Beitrag zur Kenntniss der primären desmoiden Geschwulste in den breiten Mutterbändern* (Inaug. Dissert., Wurtzburg, 1887).
- Schetelig, Beitrag zur Diagnostik der chronischen Unterleibsgeschwulste (*Arch. f. Gyn.*, 1870, t. I, p. 425).

- Kröenlein, Die v. Langenbeck'sche Klinik und Poliklinik zu Berlin (*Arch. f. klin. Chir.*, 1877, t. XXI, supplém., p. 198).
- Stern, *Beitrag zur Kenntniss der extraperitonealen Beckentumoren* (Inaug. Dissert., Berlin, 1876).
- Gayet, Extirpation d'un Kyste du ligament large (*Lyon méd.*, 1874, t. XV, p. 542).
- Buschmann, Exstirpation eines sehr grossen extraperitonealen Fibromes, etc. (*Wien. med. Woch.*, 1880, p. 800). Collet.
- Rydygier, Aus der Privat klinik des Dr Rydygier in Kulm a. W. (*Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1881, t. XV, p. 279).
- Langner, Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie zu Berlin (*Cent. f. Gyn.*, 1887, p. 241). Schrameck.
- Péan, *Cliniques*, T. I.
- Terrillon, *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1883, p. 549.
- Guérin, Sur la structure des ligaments larges (*Arch. tologie*, août 1879).
- Lassalle, *Tumeurs incluses dans les ligaments larges* (Thèse de Montpellier, 90-91).
- Winckel, *Die Pathologie der weiblichen Sexualorgane*, 1881.
- Schröder, *Die Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane*, 1884, p. 474.
- Terrillon, Des tumeurs incluses dans les ligaments larges (*An. de Gyn.*, 1885, t. IX, p. 190).
- Bandl, Die Krankh. der Tuben, der Ligamenta, etc. (*Deutsch. Chir.*, 1886, p. 228).
- Tillaux, Fibromes péripelviens (*Rev. clin. et thérap.*, 1888, p. 575).
- Gallez, *Diagnostic des tumeurs du ventre*, 1890, p. 461.
- Terrillon, Fibrome du ligament large (*Bull. Soc. chir.*, 1890, p. 35).
- Bardenheur, *Der extraperitoneale Explorativschnitt* (Stuttgart, 1887).
- Delbet, *Suppurations pelviennes*.
- Bayard Holmes, Verhandlungen der Gesellschaft für Gynäkologie zu Chicago (*Cent. f. Gyn.*, 1888, p. 391).

- Pozzi, *Traité de gynécologie*, 1890, p. 795.
- Mikulicz, Kasuistische Beiträge zur Extirpation solider Geschwulste des Uterus und der Ligamenta lata durch die Laparotomie (*Wien. med. Wochensch.*, 1879, p. 599).
- Doran, *Arch. de tocologie*, 1888 (B).
- Rouget, *Recherches sur le type des organes génitaux et de leurs appareils musculaires* (thèse Paris, 1855, p. 294).
- Klebs, *Handbuch der pathologischen Anatomie*, Lief. IV, p. 841.
- Henle, *Handbuch der Eingeweidelehre des Menschen*, 1873.
- Erbstein, *Arch. f. mikrosk. Anatomie*, 1886, p. 136.
- Luschka, *Anatomie des Menschen*, etc. Bd., II, p. 363.
- Lucke et Klebs, Beiträge zur Ovariectomie und Kenntniss der Abdominalgeschwulste (*Arch. f. path. Anat.*, Bd. XL, p. 4).
- Sims, Specimen of fibroid tumor of the Ovary (*Rev. sc. méd.*, 1888, XXXI, p. 136).
- Léopold, Die soliden Eierstocksgeschwulste (*Arch. f. pathol. Anat.*, Bd. VI, p. 253).
- Sänger, Weitere Beiträge zur Lehre von den primären desmoiden Geschwulsten der Gebärmutterbänder, besonders der Ligamenta rotunda (*Arch. f. Gyn.*, 1883, t. XXI, p. 279).
- Cushier, Fibrosarkom des Parovariums (*Cent. f. Gyn.*, 1887, p. 632).
- Gross, Tumeur fibro-cystique de la matrice (*Rev. med. de l'Est*, 1892).
- Gross, *Contribution à l'histoire des tumeurs solides et en particulier des fibro-myômes des ligaments larges* (Congr. franç. de chirurgie, 1892, p. 240).
- Schmidt, Weitere auf der II. Chirurgischen Klinik ausgeführte Ovariellaparotomien (*Prager medizinische Wochenschrift*, 1878, n° 35, p. 260).
-

TABLE

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Anatomie du ligament large. Sa forme. Sa structure. Organes qui y sont contenus	9
CHAPITRE II. — Anatomie pathogénique des fibromes des ligaments larges	19
CHAPITRE III. — Symptômes. Marche. Diagnostic	31
CHAPITRE IV. — Observations	39
1° Observations dans lesquelles aucune opération n'a été tentée	39
2° Observations dans lesquelles l'ablation du fibrome a été pratiquée par voie péritonéale	41
3° Observation dans laquelle l'ablation du fibrome a été pratiquée par voie parapéritonéale	46
CHAPITRE V. — Traitement	51
CONCLUSIONS	59
BIBLIOGRAPHIE.	61
